

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Р.М. АБДРАХМАНОВ, Б.В. ХАЛИЛОВ, Л.А. ЮСУПОВА, Д. ТОДД

УДК 616.97:616.65-002.2:616.69-008.1

Казанский государственный медицинский университет
Казанская государственная медицинская академия
Госпиталь Святого Джеймса, г. Милтон (Великобритания)

Особенности сексуальной дисфункции у мужчин больных хроническим простатитом, ассоциированным с инфекциями, передаваемыми половым путем

Абдрахманов Расим Миндрахманович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии КГМУ
420012, г. Казань, ул. Толстого, д. 4, тел. 8-917-269-71-74, e-mail: kazanderma@yandex.ru

Изучена структура инфекций, передаваемых половым путем, ассоциированных с хроническим бактериальным простатитом, определен их ранговый вес. Показана эффективность инструментальных методов исследования в определении характера и локализации воспалительных изменений предстательной железы. Определены особенности сексуальных расстройств у мужчин с хроническим простатитом, ассоциированным с ИППП.

Ключевые слова: ИППП, ультразвуковое исследование, хронический простатит, сексуальные расстройства.

R.M. ABDRAKHMANOV, B.V. KHALILOV, L.A. YUSUPOV, D. TODD

Kazan State Medical University
Kazan State Medical Academy
St. James's Hospital, Milton (UK)

Peculiarities of sexual dysfunction in male patients with chronic prostatitis associated with sexually transmitted infections

Studied the structure of sexually transmitted infections associated with chronic bacterial prostatitis, is determined their rank weight. The efficiency of instrumental methods of research in identifying the nature and localization of inflammatory changes of the prostate gland is shown. Define the particulars of sexual disorders in male with chronic prostatitis associated with STIs.

Keywords: STI, ultrasound examination, chronic prostatitis, sexual disorders.

Известно, что примерно в 80% случаев хронический простатит протекает субъективно бессимптомно, что обязывает при диагностике использовать сочетание различных методов исследований, в том числе клинических и инструментальных. Основным лабораторным признаком хронического простатита в рутинной врачебной практике является содержание в секрете предстательной железы свыше 10 лейкоцитов в поле зрения микроскопа при увеличении в 280 раз. При хроническом простатите также уменьшается количество лецитиновых зерен, что свидетельствует о

функциональной недостаточности предстательной железы, рН становится щелочной, повышается вязкость секрета, снижается фибринолитическая активность, активность кислой фосфатазы, концентрация лимонной кислоты и т.д. Эти изменения можно использовать в диагностике хронического простатита [1].

Из лабораторных методов диагностики «золотым стандартом» остается классический тест М. Meares и Т. Stanley: сбор первой и второй порции мочи, получение секрета предстательной железы путем массажа простаты

и затем сбор третьей порции мочи. Микроскопические и бактериологические показатели устанавливают наличие воспалительного процесса. Достоверный признак хронического простатита бактериальной природы – микробное число (КОЕ), превышающее 10^3 в 1 мл. исследуемого материала (для эпидермального стафилококка - 10^4 в 1 мл.) [2].

Оказание действенной помощи больным хроническим простатитом затруднено рядом обстоятельств, наиболее важным из которых является трудная преодолимость барьера для поступления лекарственных форм в этот орган [3]. В последние годы появилась тенденция упрощенно представлять простатит, в основном как следствие инфицирования простаты, что, в свою очередь, порождает неоправданные надежды его излечения адекватно подобранными лекарственными препаратами. При этом не учитываются индивидуальные структурные изменения в железе, являющиеся предпосылкой для инфицирования и, естественно, сохраняющиеся и по завершении курса антибактериального лечения. От характера и степени выраженности этих изменений зависит эффективность терапии. Поэтому качественная диагностика заболеваний предстательной железы является важнейшей задачей, дающей возможность рационализировать лечение [4].

Цель работы

Определение особенностей поражения предстательной железы в зависимости от вида инфекции, передаваемой половым путем, и их влияние на сексуальную функцию у мужчин

Объем и методы исследования

Обследованы 130 больных хроническим уретрогенным простатитом, когда в секрете предстательной железы

выявляли возбудителей ИППП - инфекций, передаваемых половым путем (основная группа) и 30 больных хроническим неуретрогенным простатитом (контрольная группа), когда при комплексном исследовании состояния передней уретры какой-либо патологии не было выявлено (уретроскопическая картина была без патологии, а микробный пейзаж соответствовал норме).

Для идентификации возбудителей ИППП применялись бактериоскопические, бактериологические (в т.ч. с определением титра КОЕ в 1 мл. материала больного), молекулярно-биологические методы (полимеразная цепная реакция – ПЦР). Состояние передней уретры определяли методом оптиковолоконной видеоуретроскопии с передачей и сохранением изображения в цифровом формате. Состояние предстательной железы определяли пальпаторно, а также с помощью инструментальных (трансректальное ультразвуковое исследование) и лабораторных методов (определение качества секрета). Забор секрета предстательной железы производили непосредственно из простатического отдела уретры путем введения в него уретрального катетера с последующим созданием отрицательного давления (метод ЛОД).

Трансректальное исследование предстательной железы (ТРУЗИ) проводили специальным эндоректальным датчиком с рабочей частотой 5 МГц после очищения ампулы прямой кишки. Сначала получали поперечные, затем продольные своды предстательной железы. Использовали косые поперечные и продольные своды для осмотра контуров, структуры паренхимы и целостности капсулы железы, ровности и четкости их контуров, эхогенности. Наличие очаговых образований определили в трех взаимоперпендикулярных плоскостях с последующим расчетом объема по стандартной методике.

Таблица 1.

Характеристика воспитательных изменений предстательной железы в зависимости от инфекционного агента (по данным ТРУЗИ)

Инфекционный агент	Гиперэхогенные зоны		Гипозэхогенные зоны		Увеличение размеров		Увеличение объемов		Киста		Кальцинаты		Расширение венул. простатич. сплетения	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Хламидии (n=41)	22	52,8	-	-	6	14,4	4	9,6	1	2,4	3	9,6	4	9,6
Трихомонады (n=18)	8	44,0	1	5,5	4	22,0	2	11,0	1	5,5	2	11,0	-	-
Гонококки (n=16)	1	6,3	3	18,9	2	12,6	3	18,9	3	18,9	2	12,6	2	12,6
Уреаплазмы (n=7)	2	28,4	1	14,2	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Микоплазмы (n=9)	2	22,2	2	22,2	1	-	1	-	-	-	2	22,2	-	-
Гарднереллы (n=10)	4	40,0	1	14,2	2	20,0	1	-	-	-	2	20,0	-	-
Трихомонады + хламидии (n=12)	6	49,8	4	33,2	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Уреаплазмы + кандиды (n=3)	2	66,6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Хламидии + гонококки (n=3)	1	-	2	66,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Трихомонады + микоплазмы (n=2)	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Трихомонады + гонококки (n=4)	2	50,0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Трихомонады + гонококки + микоплазмы (n=5)	2	-	1	20,0	2	40	-	-	-	-	-	-	1	-
ВСЕГО (n=130)	53		17		20		12		5		14		9	



Таблица 2.
Сравнительная характеристика поражений предстательной железы в зависимости от инфекционного агента

Инфекционный агент	n	Поражения предстательной железы			
		Моно		Сочетанные	
		Абс.	%	Абс.	%
Хламидии	41	24	58,5	17	41,5
Трихомонады	18	17	38,9	11	61,1
Гонококки	16	7	43,9	9	56,2
Уреаплазмы	9	7	77,8	2	28,2
Микоплазмы	7	3	42,9	4	57,1
Гарднереллы	10	6	60	4	40
Трихомонады+хламидии	12	10	83,3	2	16,7
Хламидии+гонококки	3	-	-	3	100
Трихомонады+микоплазмы	3	1	33,3	2	66,7
Трихомонады+гонококки	5	2	40	3	60
Трихомонады+гарднереллы+микоплазмы	6	5	83,3	1	16,7
ВСЕГО	130	82		58	

Таблица 3.
Характеристика сочетанного поражения предстательной железы в зависимости от инфекционного агента

Инфекционный агент	n	Гиперэrogenная зона+гипоэrogenная зона		Гиперэrogenная зона+увеличение размера		Гиперэrogenная зона+киста		Гиперэrogenная зона+кальцинаты		Гипоэrogenная зона+увеличение размера		Гипоэrogenная зона+киста		Гипоэrogenная зона+кальцинаты		Гипоэrogenная зона+расширение венул простатич. сплетения	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
		хламидии	17	-	-	4	23,2	2	11,6	2	11,6	-	-	3	17,4	2	11,7
Трихомонады	11	3	27	1	9	3	27	-	-	1	9	1	9	-	-	2	18
Гонококки	9	4	44	1	11,1	-	-	1	11,1	3	33,3	-	-	-	-	-	-
Уреаплазмы	2	2	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Микоплазмы	4	3	75	1	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
гарднереллы	4	2	50	1	25	-	-	-	-	-	-	1	25	-	-	-	-
Трихомонады + хламидии	2	1	50	-	-	-	-	-	-	1	50	-	-	-	-	-	-
Хламидии + гонококки	3	3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Трихомонады + микоплазмы	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-
Трихомонады + гонококки	2	1	50	-	-	1	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Трихомонады + гарднереллы + микоплазмы	1	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Каждый пациент, включенный в исследование, заполнял сексологическую анкету для пояснения характера проблемы, уточнения сексуальных нарушений и выявления других соматических жалоб. Пациенты опрашивались на предмет выяснения времени начала эректильной дисфункции (ЭД), прогрессирования дисфункции, качества взаимоотношений с партнером (или партнерами), социальных условий и других важных характеристик, касающихся сексуальной жизни.

Для определения половой активности использовали «Международный индекс эректильной функции (МИЭФ)».

Ответы пациентов на каждый вопрос ранжировали по стандартной шестибальной шкале, в которой 0 – отсутствие активности, 1 – минимальная активность/удовлетворенность и 6 – максимальная активность/удовлетворенность. Во время первичного сексологического приема пациент, включенный в клиническое исследование, письменно заполнял опросник.

Полученные результаты и их обсуждение

Как видно из таблицы 1, гиперэrogenные зоны сканируются преимущественно при хламидийных (52,8), трихомонадных (44%), гарднереллезных (40%)

Таблица 4.
Воспалительные изменения предстательной железы при хронических неуретрогенных простатитах

Характер воспалительных изменений предстательной железы	Количество пациентов	
	Абс.	%
Расширение венул простатического сплетения	15	50,0
Увеличение размеров объема	14	46,7
Кальцинаты	1	3,3
ВСЕГО:	30	100

процессах. Но наиболее часто такие зоны определяются при смешанных инфекциях «уреаплазма+кандида» (66,6%), «хламидия+трихомонада» (49,8%), «трихомонада+гонококк» (50,0%); гипозоногенные зоны – при микоплазмозных (22,2%), гонококковых (18,9%) и уреоплазмозных (14,2%) инфекциях. Такие зоны также определяются при таких смешанных инфекциях как «хламидия+гонококк» (60,6%), «трихомонада+хламидия» (33,2%), «уреаплазма+кандида» (33,3%).

Увеличение размеров и объема предстательной железы часто регистрируется при гонококковых инфекциях, соответственно, 12,6% и 18,9%, трихомонадных 22% и 11%, гарднереллезных 20% и 10% случаев. Киста простаты наиболее часто регистрируется при гонококковых инфекциях, определяя 18,8%. Кальцинаты чаще всего визуализируются при микоплазмозных, гарднереллезных и уреоплазмозных инфекциях (соответственно 22,2%, 20% и 14,2%). Расширение венул простатического сплетения характерно для гонококковой (12,6%) и смешанной трихомонадно - гонококковой инфекции (25%).

Сравнительная характеристика поражения предстательной железы в зависимости от инфекционного агента представлена в таблице 2. Из представленных данных следует, что моногенные изменения наиболее часто встречаются при трихомонадной (61,1%), микоплазмозной (57,1%), гонококковой (57,1%) инфекциях.

Характер сочетанного поражения предстательной железы в зависимости от инфекционного агента показан в таблице 3. При анализе сочетанных поражений предстательной железы выявлено следующее: сочетание «гиперзоногенные+гипозоногенные зоны» наиболее часто встречается при таких моноинфекциях как уреоплазмоз и микоплазмоз, (соответственно

100% и 75%), а также при смешанных инфекциях - «хламидии+гонококки», «трихомонады+гарднереллы+микоплазмы» (по 100%). «Гиперзоногенные зоны+увеличение размеров предстательной железы» часто встречается при гарднереллезных, микоплазмозных (по 25%), хламидийных инфекциях (23,2%). «Гиперзоногенные зоны + киста» - наиболее часто определяются при трихомонадной инфекции, составляя 27%. «Гипозоногенные зоны + увеличение размера предстательной железы» визуализируются при таких инфекциях, как гонорея (33,3%) и трихомониаз (9%). «Гипозоногенные зоны + кальцинаты» чаще формируются при хламидийной инфекции – 11,7%. «Гипозоногенные зоны + расширение венул простатического сплетения» встречаются только при хламидийных и трихомонадных инфекциях (соответственно 23,2% и 19%).

Анализ данных воспалительных изменений предстательной железы у больных хроническим простатитом показал, что наиболее часто имеет место поражение периферической зоны (40,6%), реже – диффузное поражение (23,8%), центральной зоны (22,1%), парауретральной зоны – (13,5%) (рис. 1). Корреляции между видом инфекционного агента и локализацией структурных изменений тканей предстательной железы не выявлено.

Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) хронического неуретрогенного простатита показало (табл. 4), что наиболее часто визуализируется расширение венул простатического сплетения (50,0%), затем увеличение объема и размеров предстательной железы (46,7%) и кальцинат (1 случай), что свидетельствует о застойных явлениях.

Трансабдоминальное ультразвуковое исследование предстательной железы с диагностической целью было

Рисунок 1.
Локализация очагов поражения предстательной железы

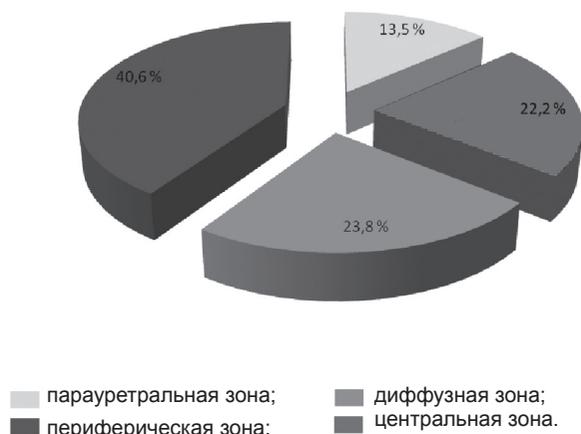
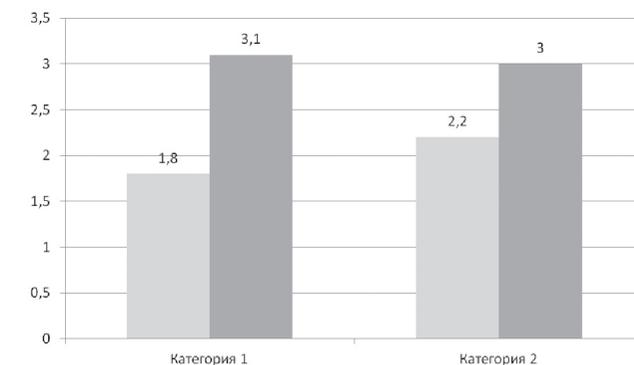


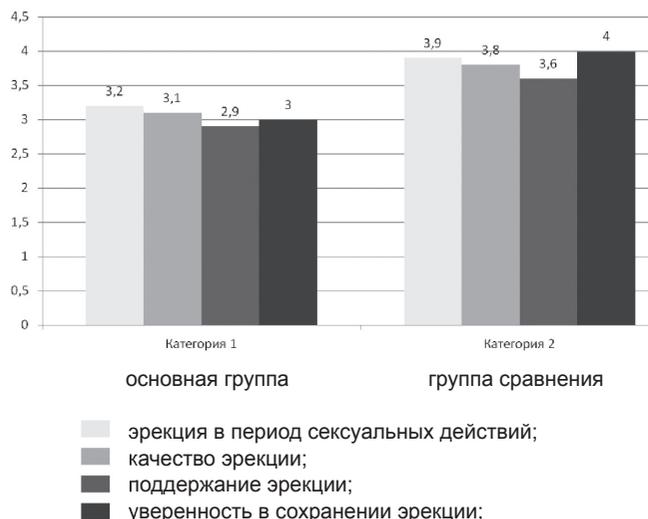
Рисунок 2.
Общая оценка эректильной функции



Категория 1 (основная группа): Категория 2 (группа сравнения):

■ способность к эякуляции; ■ способность поддерживать эрекцию;

Рисунок 3.
Оценка различных показателей эрекции



исключено, т.к. его применение, по данным некоторых авторов, целесообразно только для определения объема остаточной мочи в мочевом пузыре при аденоме простаты, для оценки формы и размеров предстательной железы, а также для определения ее соотношения с другими органами малого таза, но такое УЗИ не позволяет детально исследовать структуру предстательной железы. Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) имеет в этом отношении большую информативность, т.к. позволяет оценить не только форму и размеры предстательной железы, но и выявить нарушения ее экоструктуры, а также очаговые изменения [3]. Патологические изменения в предстательной железе на сканограммах оценивали по степени экзогенности. Гипоэхогенные изменения свидетельствовали о воспалительной инфильтрации или зонах активного воспаления, анэхогенные включения на их фоне указывали на наличие псевдомикроабсцессов. По гиперэхогенным включениям различной интенсивности регистрировали рубцово-дистрофические изменения и кальцинаты.

Локализация очагов поражения предстательной железы представлена на рисунке 1. На рисунке 2 представлена общая оценка эректильной функции. В основной группе «способность к эякуляции» составила $1,8 \pm 0,1$ балла, в группе сравнения – $3,1 \pm 0,3$ балла, «способность к поддержанию эрекции» в основной группе – $2,2 \pm 0,08$, в группе сравнения – $3,0 \pm 0,2$ ($p \leq 0,05$).

Оценки различных показателей эрекции показали следующие результаты (рис. 3). В основной группе «эрекция в период сексуальных действий» – $3,2 \pm 0,9$ балла, в группе сравнения – $3,9 \pm 0,2$; «качество эрекции» в основной группе – $3,1 \pm 0,4$, в группе сравнения – $3,8 \pm 0,1$; «поддержание эрекции» в основной группе – $2,9 \pm 0,2$, в в группе сравнения – $3,6 \pm 0,3$; «уверенность в сохранении эрекции» в основной группе – $3,0 \pm 0,1$, в группе сравнения – $4,0 \pm 0,3$ ($p \leq 0,05$). «Удовлетворенность эректильной функцией» в основной группе составила $3,1 \pm 0,4$ балла, в группе сравнения $4,2 \pm 0,9$ балла ($p \leq 0,05$). «Оценка качества оргазма» (рис. 4) в основной группе составила $2,6 \pm 0,4$, в группе сравнения – $4,2 \pm 0,6$ балла ($p \leq 0,05$).

Таким образом, по всем основным показателям эректильной функции больные хроническим простатитом, ассоциированным с ИППП, уступают пациентам группы сравнения.

Удовлетворенность эректильной функцией

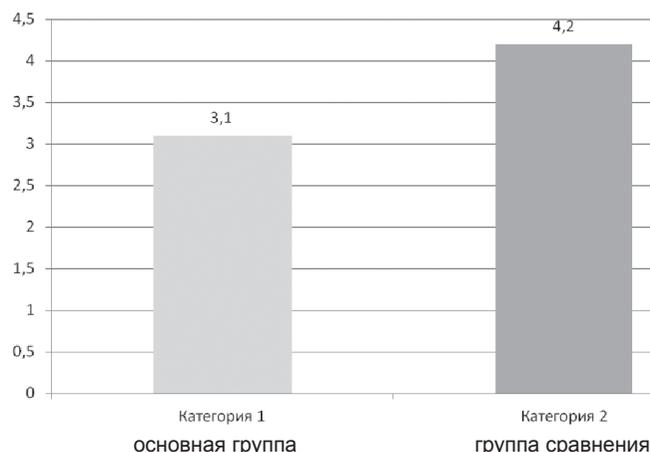
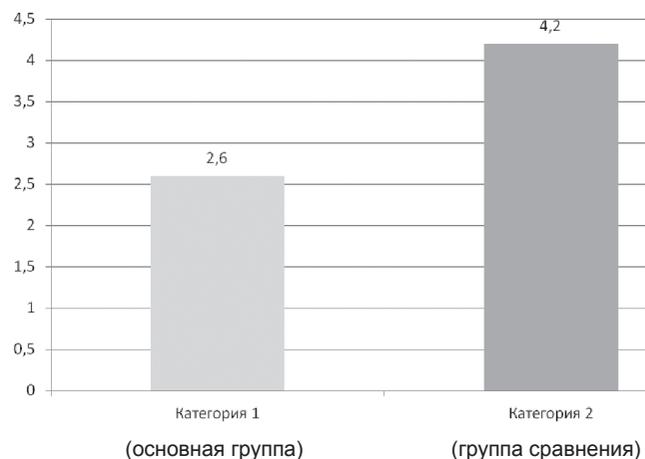


Рисунок 4.
Оценка качества оргазма



Выводы

Проведенные исследования позволяют предположить, что определенный вид возбудителя ИППП может влиять на характер воспалительных изменений предстательной железы, что требует соответствующей терапевтической коррекции. Комплексное лечение хронического простатита, ассоциированного с ИППП, улучшает эректильную функцию. На фоне лечения отмечается повышение частоты, качества и стабильности эрекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильин И.И. Негонококковые уретриты у мужчин. — М., 1991. — С. 288.
2. Meares M., Stanley T., Prostatitis Epididymitis and Orchitis (Infections Liseases) Eds. — 2006. — P. 798-805.
3. Тихонов И.В., Сидоров Т.И. Лечение больных хроническим простатитом с использованием аппаратов Интрамаг и ЛАСТ – 02 // Вестник дерматологии и венерологии. — 2006. — № 3. — С. 49-51.
4. Цыб А.Ф., Гришин Г.Н., Нестанко Г.В. Ультразвуковая томография и прицельная биопсия в диагностике опухолей малого таза. — М., 2004. — С. 46.